

新規ご登録用紙

(オフィス・デポサービスへのご登録)

お申込日	年	月	日
------	---	---	---

代理店CD	OD1
担当者名	大阪損害保険代理業協会

■お客様登録後、オフィスデポの総合カタログをお届けします(お申込日から通常中3日でお届け)。

●ご登録の住所にご案内を送付いたしますので、記載事項はお間違いのないよう**全ての※印**にご記入ください。

※ご登録 TEL番号										※ご請求書お届け先のお電話番号を左詰めでハイフン(-)を入れずに市外局番よりご記入ください。 ※携帯電話、PHSでのご登録は承れません。		
※郵便番号				—						※会社団体個別郵便番号は対応しておりません。		
※お届け先	フリガナ				都道 府県			市郡 区		階	ビル	号室
※貴社名	フリガナ											
※部署名	フリガナ						※ご担当者		フリガナ			
※FAX				—			E-Mail				@	

●お支払方法 代金引換またはクレジットカードでのお支払になります。●代金引換: お荷物は佐川急便が配送いたします。

※メーカー直送品・ビジネスサービス商品には、ご利用いただけません。

※沖縄県および島しょ部のお客様は代金引換をご利用できません。

※貴社名が領収書の宛名になります。

※納品明細書兼領収書は、別途郵送になることがあります。

●クレジットカード: ご利用いただけるカードの種類 ※ご注文の際にお選びいただけます。

1.VISA 2.MASTER 3.JCB 4.AMEX 5.DINERS

6.OfficeDepotCorporate 7.OfficeDepotPersonal

※代金引換による1回のご購入額3,900円(税込)未満のご注文は
代引手数料262円(税込)を申し受けます。

□請求書払希望(月末締め翌月末払い) ※□にチェックを入れてください。

■請求書払いをご希望の場合は、以下の項目をご記入いただければ同時に申請ができます。

※商品金額やご注文内容により、審査の都合上、商品のお届けが遅くなる場合やお支払方法の変更等のご相談をさせていただく場合もございます。

登記上名称		設立年月日	
本社所在地	都道 府県	市郡 区	
代表者氏名		ご登録者氏名	印
本社電話番号		業種	
資本金	百万円	年商・月商	百万円
		従業員	名

デポ使用欄

ID							
----	--	--	--	--	--	--	--

下記サービスをご希望のお客様は該当するボックスにチェックを入れてください。

●カタログ送付

- 最新カタログ
次号カタログより
希望しない

●お徳情報

- FAXを希望
メールを希望
希望しない

※送信前にもう一度内容をご確認下さい。

■この用紙の内容については大阪損害保険代理業協会 06-6341-6085 までお問合せください。

送信はこちらまで
お願いします。

FAX 06-6341-4108